



A.S.L. AT

Azienda Sanitaria Locale
di Asti

[MOD.1]

Al Responsabile del procedimento
ASL AT – Via Conte Verde, 125
14100 Asti

RICHIESTA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI
ai sensi dell'art. 22 della legge 241/90 e successive modificazioni ed integrazioni

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____ residente in _____ CAP _____ Via/Piazza _____ tel./cell.
_____ fax n. _____ email _____ documento di identità
_____ n. _____ rilasciato in data _____ da
_____ in qualità di diretto/a interessato/a all'accesso in rappresentanza di (ditta,
società, cooperativa, consorzio, ente) _____

CHIEDE

- di prendere visione
 il rilascio in copia fotostatica semplice
 il rilascio in copia conforme all'originale*
*allega n. ____ marche da bollo

dei seguenti documenti: (specificare dettagliatamente i documenti e gli atti sui quali si intende esercitare l'accesso indicandone gli estremi ovvero gli elementi che ne consentono l'individuazione)

- 1) _____
2) _____
3) _____

DICHIARA

in relazione a quanto richiesto di avere o rappresentare un interesse diretto, concreto e attuale per la tutela della seguente situazione giuridicamente rilevante, specificando i MOTIVI:

In caso di accoglimento dell'istanza desidero che la trasmissione della documentazione avvenga con:

- ritiro personale spedizione A/R in contrassegno delego al ritiro _____
 PEC al seguente indirizzo _____

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 s.m.i., che i dati personali, di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici, non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici interessati al procedimento, nonché agli altri soggetti, in conformità alle vigenti disposizioni in materia di accesso ai dati. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all' art. 7 del D. Lgs 196/2003 s.m.i. Autorizzo l'ASL al trattamento delle informazioni fornite, o altrimenti acquisite nell'ambito del servizio richiesto, per fini istituzionali.

Luogo e data

Firma del richiedente (per esteso e leggibile)

si allega fotocopia del documento di identità del richiedente sottoscrittore della richiesta

si allega fotocopia della delega/procura in caso di rappresentanza dell'interessato.

Dichiarazione dell'ufficio competente, a conclusione del procedimento di accesso:

Domanda ricevuta il ____/____/____

Si dichiara di aver dato in visione i documenti richiesti in data _____
 rilasciato copia dei documenti richiesti in data _____
 inviati copia documenti con prot. _____
 negato l'accesso/rilascio dei documenti richiesti

Il funzionario responsabile del procedimento (firma leggibile) _____

SPESE DI RIMBORSO PER L'ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

€ 1.50 per visura e ricerca

€ 0.25 per ciascun foglio in formato A4

€ 0.40 per ciascun foglio in formato A3

€ 12 per elaborati elettronici

<input type="checkbox"/> per visura e ricerca		€ 1,50
<input type="checkbox"/> n. facciate formato A4 _____ x € 0,25	tot.	€ _____
<input type="checkbox"/> n. facciate formato A3 _____ x € 0,40	tot.	€ _____
<input type="checkbox"/> n. elaborati elettronici _____ x € 12	tot.	€ _____
	Totale	€ _____

Il sottoscritto (richiedente) dichiara di aver:

preso visione del documento
 ottenuto il rilascio in copia del documento richiesto

Luogo e data

In fede

Modalità di pagamento:

- bollettino c/c postale n. 10178143 intestato a ASL AT – Servizio Tesoreria – Via Conte Verde, 125 – 14100 Asti
- contrassegno al ricevimento della raccomandata A/R
- bonifico bancario coordinate IBAN IT51SO760110300000010178143